

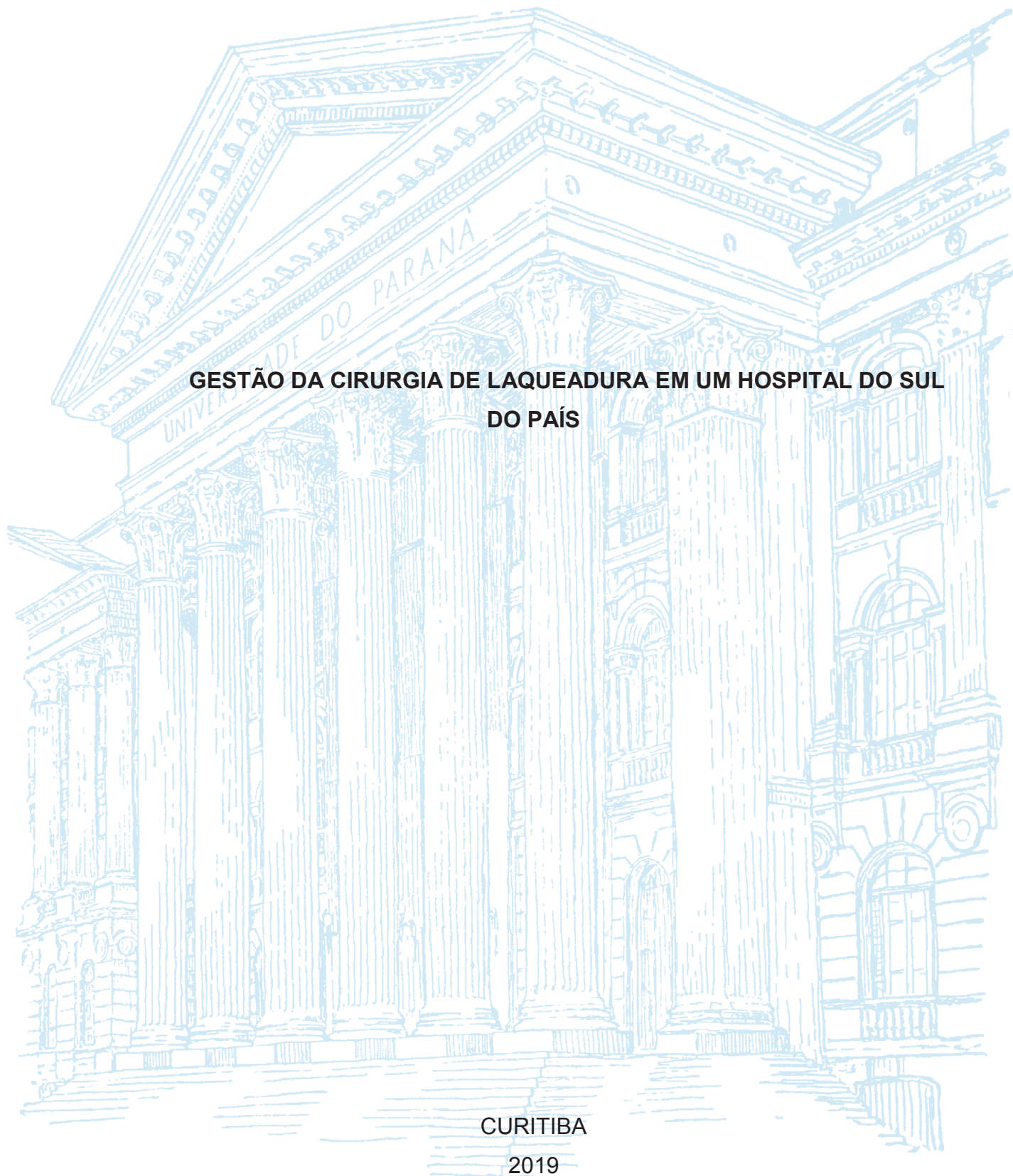
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FRANCIELI MATOS DA SILVA

**GESTÃO DA CIRURGIA DE LAQUEADURA EM UM HOSPITAL DO SUL
DO PAÍS**

CURITIBA

2019



FRANCIELI MATOS DA SILVA

**GESTÃO DA CIRURGIA DE LAQUEADURA EM UM HOSPITAL DO SUL
DO PAÍS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista, Curso de Especialização em Gestão Em Saúde, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof. Dra. Silvana Regina Rossi Kissula Souza.

CURITIBA

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus familiares, pela compreensão nos dias que precisei me ausentar para realizar alguma atividade relacionada ao curso, à minha sogra Maria de Lourdes Zulai e minha cunhada Claudia Maria Zulai, pelo grande auxílio cuidando do meu pequeno Davi Matos Zulai sempre que necessário. Agradeço pela paciência e companheirismo do meu esposo Luiz Cláudio Zulai.

Agradeço pelos conselhos dos meus colegas de trabalho Edinaldo Silva de Oliveira, Simone C. Souza, Matilde M. Spisla e Maria de Lourdes Ceccon e pelo carinho de todos os profissionais que atuam na Unidade Materno Infantil do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Ao meu tutor Rafael Alves Pereira, que desde a primeira disciplina esteve presente com palavras de incentivo e ajudando em todas as dificuldades.

Por fim, agradeço a Deus pela rede de amigos e familiares que fiz. Não somos ninguém sem a ajuda do outro e sou muito grata por todos que cruzaram meu caminho nessa jornada.

RESUMO

Introdução: A laqueadura tubária é uma das opções de método contraceptivo oferecido no Sistema Único de Saúde brasileiro e regulamentado desde 1997. **Objetivo:** Propor ações para organizar a realização dos procedimentos de laqueadura de um hospital de grande porte do estado do Paraná. **Método:** Foi realizado um levantamento, via sistema interno de informações do hospital, do número de procedimentos realizados, do número de pacientes em fila de espera e do número de pacientes inseridos recentemente em fila de espera, no período de julho a dezembro de 2018. **Resultados:** Foram realizados seis procedimentos de laqueadura; existem 187 pacientes em fila de espera e são incluídas ± 12 pacientes novas mensalmente. Nota-se que o número de procedimentos realizados é inferior ao número de pacientes incluídos em fila de espera mensalmente que, agregado ao número de pacientes já existentes, tendem a aumentar a fila e consequentemente o tempo de espera, demonstrando a ineficiência do serviço. **Conclusão:** Sugere-se maior monitoramento das filas cirúrgicas, realização de mutirões aos finais de semana, contratação de mais profissionais, modernização das instalações e técnicas para assim reduzir o tempo de espera pelo procedimento.

Palavras-chave: Laqueadura tubária; gerenciamento de filas; cirurgia.

ABSTRACT

Introduction: Tubal ligation is one of the contraceptive methods options offered in the Brazilian Unified Health System and regulated since 1997. Objective: To propose actions to organize the procedures for the tubal ligation of a hospital at Paraná. Method: A survey of data's was carried out using the hospital's internal information system; the procedures performed, the patients in the waiting queue and the patients newly placed in the waiting queue, from July to December 2018, was collected. Results: Six procedures were performed for tubal ligation; there are 187 patients in queue and 12 new patients are included monthly. It should be noted that the number of procedures performed is lower than the number of patients queued monthly, which, together with the number of patients already existence, tend to increase the queue and consequently the waiting time, demonstrating the inefficiency of the service. Conclusion: Greater monitoring of the surgical queues is suggested, as well as the accomplishment of groupings at weekends, hiring of more professionals, modernization of the facilities and techniques to reduce waiting time for the procedure.

Keywords: Tubal ligation; management of queues; surgery.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
1.1 CONTEXTO E PROBLEMA.....	7
1.1 JUSTIFICATIVA	9
1.2 OBJETIVOS	10
1.2.1 Objetivo geral	10
1.2.2 Objetivos específicos.....	10
1.3 METODOLOGIA.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 CONTRACEPÇÃO NO BRASIL	12
2.2 LAQUEADURA.....	15
3 MATERIAL E MÉTODOS	19
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	20
4.1 LAQUEDURA NA UNIDADE MATERNO UNFANTIL DO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.....	20
4.2 FILA CIRÚRGICA.....	21
4.3 DADOS DO SERVIÇO	23
5. PROPOSTA TÉCNICA: ESTRATÉGIAS	25
5.1 PROPOSTA	25
5.1.1 Recursos	25
5.1.2 Plano de implantação	26
5.1.3 Resultados esperados.....	27
5.1.4 Riscos e problemas esperados	27
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS.....	30

1. INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTO E PROBLEMA

A nova realidade da família brasileira, com a menor taxa de natalidade e a combinação de fatores econômicos, sociais, culturais, associados a um melhor nível de escolaridade feminino e acesso a novos cargos no mercado de trabalho, deram início a uma revisão do papel social da mulher, permitindo maior autonomia sobre suas vidas, sexualidade e reprodução. (PROBTS E RAMOS, 2003; IBGE, 2012).

Na busca da mulher por métodos para proteger-se de uma gravidez indesejada, diante de diversos métodos contraceptivos para o planejamento familiar, está à esterilização voluntária feminina por meio do procedimento cirúrgico de laqueadura tubária, que é considerado um método contraceptivo irreversível e tem aumentado significativamente entre a população brasileira (PNDS, 2006).

A fim de atender aos princípios dos direitos reprodutivos, e os modelos de família e de casamento citados pela Constituição Federal, em seu artigo 226, §7º, que descreve o direito ao planejamento familiar, fundamentado nos princípios da dignidade humana e da paternidade responsável, contemplando a liberdade de decisão do casal no que diz respeito a sua reprodução, e tornando obrigação do Estado proporcionar recursos tanto de informação (educacionais) como científicos para o exercício desse planejamento (VIEIRA, 2007).

A necessidade de que haja um planejamento familiar tem chamado à atenção dos gestores públicos e o assunto vem sendo debatido e incentivado pela saúde pública. A lei 9263, de 1996, versa sobre o direito ao planejamento familiar e permite à mulher a esterilização voluntária através da laqueadura tubária, além de outros métodos contraceptivos (BRASIL, 1996). A partir do ano de 1997, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria número 1442 e, posteriormente, da Portaria número 0483 incluiu a laqueadura tubária e a vasectomia no grupo de procedimentos cirúrgicos do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de então, uma série de pesquisas e estudos foi realizada com o objetivo de investigar e avaliar o acesso à esterilização cirúrgica feminina, sob a perspectiva de gestores, equipe técnica e de usuários do sistema público de saúde que requereram a laqueadura tubária (CAETANO, 2014).

Na Unidade Materno Infantil do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, que atende pacientes em gestação de risco e casos ginecológicos, a

laqueadura é um procedimento de esterilização amplamente requisitado pelas mulheres que não desejam mais engravidar, devido a isso existe uma "fila" para realização do procedimento. Com número expressivo de solicitações, diariamente pacientes buscam saber informações sobre seu posicionamento em fila e qual o prazo de espera, mas não existem dados concretos para lhes dar essa informação, dando margem para questionamento sobre a transparência desta fila e a qualidade do serviço. Considerando a importância dos serviços prestados pelo Hospital de Clínicas em nosso estado, levanta-se a necessidade de diagnosticar formalmente a situação da lista de espera para laqueadura.

A laqueadura é um procedimento cirúrgico que visa evitar a gestação. A cirurgia é relativamente simples e dura cerca de 40 minutos. Nela, as tubas uterinas, também conhecidas como trompas, são cortadas e suas extremidades amarradas, impedindo assim o encontro entre o óvulo e o espermatozoide. A abordagem cirúrgica para esterilização pode ser via abertura da cavidade abdominal para ter acesso às tubas, concomitante ou não à cesariana, por laparotomia procedimento mais comum no SUS e que requer internação hospitalar, ou por videolaparoscopia, método de menor tempo cirúrgico, menos invasivo e de mais fácil recuperação (CAETANO, 2014).

Em países desenvolvidos vem sendo utilizado um procedimento que não requer cirurgia, não necessita de anestesia e nem de jejum ou outros preparos anteriores, dura em média 15 minutos. Trata-se de uma oclusão tubária por via histeroscopia denominado *ESSURE*, é realizado nas pacientes com um microdispositivo intra tubário que após a liberação e um cateter para acessar cada tuba pela via transcervical, promove a obstrução permanente das trompas, impedindo a gravidez, recomenda-se acompanhamento nos primeiros meses da realização do procedimento e avaliação por meio de ultrassonografia transvaginal se o resultado foi satisfatório (OSTHOFF et al., 2015; DEPES et al., 2016)

Tal método tem tido boa aceitação no mercado brasileiro e teve sua liberação efetivada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária em julho de 2017, após da empresa detentora do registro do Sistema *Essure* apresentar os devidos estudos clínicos e responder os questionamentos da agencia reguladora sobre a segurança do produto (ANVISA, 2017).

Segundo a legislação brasileira, a cirurgia de laqueadura está disponível na rede pública para as mulheres com mais de 25 anos ou dois filhos vivos. Se a mulher for casada, é necessário o consentimento do cônjuge (em caso de

vasectomia a esposa também precisa concordar com a realização do procedimento), a anestesia é local e a recuperação é rápida. Esse procedimento pode ser requerido pelo SUS através das Unidades Básicas de Saúde, que fazem o encaminhamento da paciente para os hospitais referenciados (HOSPSUS, 2012).

Em vias gerais a solicitação da laqueadura é feita na Unidade Básica de Saúde – UBS-. A demora depende da dinâmica de funcionamento de cada unidade de saúde, e do fluxo adotado para atender a demanda. Primeiramente, a mulher deve procurar a UBS da sua região, normalmente a mais próxima do seu endereço residencial, para manifestar o desejo de fazer a laqueadura. Ela então será encaminhada para reuniões sobre planejamento familiar, e também será orientada sobre outros métodos contraceptivos. Na sequência, será ouvida por uma equipe composta por psicóloga, médicos e assistente social. Neste momento, serão questionadas sobre o desejo de realizar a cirurgia, e receberá as orientações sobre o procedimento, pois muitas vezes a mulher não sabe que se trata de um método irreversível. Por isso, existe um tempo determinado pela lei denominado “tempo de reflexão”, período de 60 dias em que a paciente dá o aval para a cirurgia, assina a documentação necessária e começa os trâmites de encaminhamento para o hospital de referência. A cirurgia só deve ser marcada após esse período, tendo a mulher direito a desistência durante este processo (HOSPSUS, 2012).

A laqueadura deve ser indicada com cautela por se tratar de um o procedimento de contracepção eficaz, mas permanente, e que não protege de doenças sexualmente transmissíveis. Suas principais vantagens são a ausência do uso de hormônios, a redução ou até ausência de efeitos colaterais, manutenção do desejo sexual e da libido feminina além de ser procedimento simples com baixo risco de complicações (VIEIRA, 2007) e acessível às mulheres de todas as camadas sociais visto que a cirurgia é disponibilizada gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde.

1.1 JUSTIFICATIVA

Este é um estudo sobre o número de pacientes que aguardam para fazer procedimento de laqueadura versus o número de procedimentos realizados mensalmente, visando averiguar o prazo de espera da paciente que fez a solicitação

e atende os critérios legais para se submeter à cirurgia de esterilização voluntária e sugerir ações para diminuir o tempo em fila de espera.

O interesse pelo tema surgiu a partir da experiência da autora como funcionária da Unidade Materno Infantil do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, unidade onde as pacientes que fazem acompanhamento pré-natal ou ginecológico solicitam e realizam o procedimento de laqueadura. Essa experiência gerou a curiosidade em descobrir porque um procedimento que é relativamente simples é realizado com tanta dificuldade, fazendo com que o tempo de espera de cada paciente seja tão prolongado e o número de solicitações sejam tantas. Avaliei então que, embora o trabalho de investigação tenha como pressuposto a neutralidade e objetividade entre pesquisador-objeto, a passagem pela Maternidade e contato com o público aqui investigado poderia facilitar o acesso aos dados, bem como ensejar questões pertinentes ao tema.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Propor ações para organizar a realização dos procedimentos de laqueadura de um hospital de grande porte do estado do Paraná.

1.2.2 Objetivos específicos

Neste estudo podemos ter como base os seguintes objetivos:

- - Verificar como se dá o processo de solicitação de laqueaduras na instituição averiguada;
- - Identificar o prazo médio de espera da paciente que solicita a esterilização por meio de laqueadura, até a realização do procedimento;
- - Identificar o número de pacientes que tem sua solicitação aceita e aguardam em fila cirúrgica;
- - Organizar escala/plantões para mutirões para realização da cirurgia de laqueadura.

1.3 METODOLOGIA

Trata-se de projeto de intervenção de gestão em saúde em uma instituição hospitalar de grande porte do sul do Brasil. Fez-se um levantamento quantitativo e descritivo da situação problema, bem como revisão de literatura para embasamento do tema.

Para o presente estudo foram utilizados dados secundários, cujas informações estão disponibilizadas a toda população por meio de site oficial do Ministério da Saúde e demais portais relacionados ao Sistema de Saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CONTRACEPÇÃO NO BRASIL

Nas últimas décadas aconteceram mudanças importantes nos domicílios brasileiros, tanto em termos de tamanho quanto de composição e autonomia feminina. Isto é reflexo da queda da fecundidade e mudanças nas formas de organização das famílias, que deram início a uma revisão do papel social da mulher, principalmente no que diz respeito à reprodução, percepção de seu corpo e vivência de sua sexualidade. (PROBTS E RAMOS, 2003; DATASUS, 2012; IBGE, 2012).

Com a nova Constituição Federal, em 1988, foram adotadas normas para garantir que os direitos fundamentais das mulheres fossem assistidos. Após a reforma sanitária no Brasil, e o processo de redemocratização do país, foi definido como dever do estado o direito do cidadão a saúde. Com isso surgiu, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incorporou princípios de visão feministas sobre a saúde reprodutiva e sexual, ampliando os programas de saúde para as mulheres, não somente no campo materno-infantil, mas também na implementação de serviços de saúde para as mulheres desde o início da puberdade, serviço de saúde para mulheres no período da menopausa, prevenção de doenças, prevenção do câncer de mama e do colo do útero, assim como de regulação da fertilidade, congregando assim, integralmente a saúde como bem estar físico, mental psicológico, incluindo as atividades básicas de assistência à saúde e garantindo a manutenção das políticas públicas relacionadas à prevenção e cuidados da saúde feminina (VIERA 2007; JARDIM, 2012).

O novo arranjo das famílias brasileiras, como é apontado por diversos autores (BRUSCHINI, 1989; BERQUÓ, 1998; MEDEIROS; OSORIO, 2001); que indicam um aumento das mulheres assumindo a responsabilidade pelo domicílio, resultante das mudanças nas relações de gênero, do aumento de separações e divórcios, e de algumas alterações quanto ao entendimento sobre a chefia do domicílio. Aliado a isso, fatores como a queda no padrão de vida, o aumento do custo dos gêneros alimentícios, a crescente urbanização e industrialização no País, o ingresso maciço da mulher no mercado de trabalho, o aumento no nível de escolaridade feminina e as transformações nas formas de organização da produção, tornaram a manutenção de famílias grandes inviáveis (PNDS, 2006; JARDIM, 2012).

Assim, vem sendo demonstrado que se comparado os resultados das duas últimas Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS, pode-se identificar a necessidade de mudanças na gestão pública nas questões relacionadas ao planejamento familiar e criação de políticas e medidas como a oferta do planejamento familiar de qualidade, com investimentos na capacitação de profissionais, compra de insumos adequados e desenvolvimento técnico e tecnológico para se efetivar tais ações que possam permitir o acesso da população aos meios de contracepção (VIEIRA, 2007).

Sempre recaiu sobre a mulher a responsabilidade pela reprodução e as obrigações familiares, são as mulheres que mais contribuem com a contracepção, haja vista que a participação masculina tem crescido mais ainda é pouco expressiva, fazendo com que, através dos séculos, as mulheres buscassem métodos para evitar uma gestação não desejada (VIEIRA, 2007; PROBST e RAMOS, 2013).

Neste contexto, a esterilização feminina através da laqueadura vem se mostrado um dos métodos modernos mais seguros. Antes de 1996, a esterilização era tida como crime no Brasil, podendo ser enquadrada, caso praticada, como lesão corporal com perda da fecundidade, apresentadas no artigo 129, §, III do Código Penal, ou como exposição da vida ou da saúde de outrem a perigo, contida no artigo 132 do Código Penal. Portanto a laqueadura era interpretada como infração criminal, uma vez que, segundo tal interpretação, o dito procedimento tinha como resultado a perda ou incapacidade da função reprodutiva. Neste período o ato da esterilização, mesmo que voluntária, tinha como penalidade um a oito anos de reclusão (VIEIRA, 2007; JARDIM, 2012).

Após sua legalização, até metade da década de 90, a esterilização feminina voluntária como meio de controle da fecundidade, era uma prática comum apenas no setor privado da saúde no Brasil. No sistema público, entretanto, a laqueadura não era recomendada, e nem ao menos regulamentada pelo Ministério da Saúde podendo ser realizada apenas em casos extremos de risco de morte para a gestante, exigindo autorização médica que comprovasse a efetiva necessidade de sua realização. No mesmo contexto da esterilização voluntária, também o planejamento familiar no Brasil não era regulamentado (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2003; VIEIRA, 2007).

Com a promulgação da lei 9263 de janeiro de 1996, a qual versa sobre o direito ao planejamento familiar e cita em seu artigo décimo os casos de permissão para esterilização, tanto masculina quanto feminina, trouxe a legitimidade necessária

para a mulher ter acesso a laqueadura através do SUS. Segundo a PNDS 2006, a regulamentação da prática da esterilização nos serviços de saúde pública parece ter contribuído para mudar o perfil de uso de métodos. Houve a homogeneização do acesso à esterilização feminina para todas as classes sociais, uma maior participação do homem na contracepção de mulheres com melhor nível socioeconômico, mas pouca melhora nos dados da contracepção de mulheres com pior nível socioeconômico (PNDS, 2006).

A diminuição do número médio de filhos por mulher ocorreu em todos os subgrupos populacionais, mas persistem grandes diferenciais socioeconômicos. Pode-se apontar que mulheres pertencentes ao grupo com baixo nível de escolaridade ou renda apresentam maior discrepância entre preferência e comportamento reprodutivo (PNDS, 2006). Essas mulheres têm maior proporção de gravidezes não planejadas ou não desejadas e um número comparativamente grande de filhos. Ao verificar as informações relacionadas à trajetória reprodutiva das mulheres que apresentam o desejo e realizar a laqueadura, incluindo o compromisso com a contracepção e responsabilidades da maternidade, foi possível identificar dificuldades pontuadas nas desigualdades de gênero, raça e classe (BERQUÓ e CAVENAGHI, 2003; BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 2008; BERQUÓ; GARCIA; LAGO, 2008), o que, pode indicar, na sua grande maioria, o acesso desigual à métodos contraceptivos.

Entre as mulheres a laqueadura é o método mais utilizado, e sua prevalência cresceu intensamente, em um contexto em que a realização da laqueadura tubária não era permitida até o ano de 1996, isso reflete mais acentuadamente nas classes sociais menos favorecidas (PNDS, 2006). Legalmente, o procedimento podia ser feito apenas em condições nas quais uma nova gravidez representasse de risco gestacional, entre as quais o histórico de múltiplos partos cesáreos. Assim, o aumento do número de mulheres submetidas à cirurgia da esterilização no Brasil associou-se à maior frequência ao parto feito por cesárea, à legislação auxiliou a desvincular a esterilização feminina deste tipo de parto (BERQUÓ, 1993; SOUZA, 2001; VIEIRA, 2007).

Em tempo, diversos trabalhos têm investigado as características da esterilização feminina no Brasil segundo condições socioeconômicas da mulher para testar a hipótese de que a motivação para limitar o número de filhos, aliada à falta de informação e acesso a métodos contraceptivos, leva mulheres brasileiras a se

submeterem à cirurgia sem informação adequada sobre este procedimento (ALENCAR; ANDRADE, 1989, 1991; VIEIRA, 1998, 2007; JARDIM, 2012).

À democratização do acesso à laqueadura, proporcionada pela obrigatoriedade de oferta nos serviços públicos, contrapõe-se ainda a restrita opção de métodos contraceptivos e efetiva realização do procedimento de esterilização, primordialmente no que se refere as camadas socioeconômicas mais baixas, ainda dependentes do sistema público de saúde (PNDS, 2006). A presença excessivamente alta da laqueadura tubária entre as mulheres sem escolaridade evidencia a dificuldade do sistema público de saúde em incorporar, de forma efetiva, a assistência anticoncepcional aos serviços de atenção primária o que reflete significativamente no número de solicitações de laqueadura junto às instituições de nível terciário (DÍAZ; DÍAZ, 1999; MOURA; SILVA, 2005; OSIS et al, 2006; MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007). Fica evidente que a dificuldade de acesso ou ausência de informações a respeito de planejamento familiar eleva o número de mulheres que apresentam desejo de realizar o procedimento de laqueadura (VIEIRA, 2007).

2.2 LAQUEADURA

A laqueadura é um procedimento que atua na obstrução das tubas uterinas, evitando que os espermatozoides entrem em contato com o óvulo. Isso é feito através de uma cirurgia em que as trompas são cortadas e têm suas extremidades amarradas ou fechadas. Assim, mesmo como o ato sexual sem o uso de outros métodos contraceptivos, os espermatozoides não conseguem encontrar os ovários (JARDIM, 2012).

O Ministério da Saúde orienta a utilizar a camisinha como método para evitar Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), vistos que a laqueadura não protege a pessoa da contaminação, apenas evita a gravidez.

A laqueadura pode ser realizada através de três procedimentos. Por laparoscopia que é menos invasiva e, por isso, mais indicada por ginecologistas. Neste tipo, são feitas incisões na parte abdominal e uma minicâmera é inserida nessas cavidades, para que o médico consiga ver, cortar e fechar as tubas uterinas; Mini laparotomia, procedimento feito por meio de uma incisão no abdômen, para remoção de parte das tubas uterinas. Esta modalidade só é realizada depois do parto. Isso porque após o parto o útero está maior, o que acaba por facilitar a cirurgia; Histeroscópica pode ser descrita como o procedimento realizado utilizando

um aparelho endoscópico para inserir pela vagina, até chegar às tubas, uma mola chamada *Essure*. A presença desse objeto provoca uma inflamação e o surgimento de um tecido de cicatrização, fechando as tubas de forma definitiva (DEPES et al., 2016).

O *Essure* ainda é controverso e pouco difundido em nosso país, mas tem apresentado bons resultados e teve sua liberação efetivada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA- em julho de 2017, após da empresa detentora do registro do Sistema *Essure* apresentar os devidos estudos clínicos e responder os questionamentos da agência reguladora sobre a segurança do produto (ANVISA, 2017).

De qualquer maneira, é importante salientar que existe uma taxa mínima de falha e, segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS- 2006, cinco em cada 1.000 mulheres ficarão grávidas após a laqueadura tubária. Ainda assim, o procedimento é considerado um método eficaz e de difícil reversão (VIEIRA, 2007). Na utilização do método *Essere* a taxa de mulheres que engravidaram após o procedimento é bem maior, chegando a oito por cento (ANVISA, 2017), fato que fez o método ser banido em alguns países e ter pouca aceitação no Brasil.

Como apresentado no estudo de Vieira (2007) existe arrependimento de uma porcentagem de mulheres que apresentam desejo de reversão da laqueadura, processo que por inúmeros fatores não ocorre. É preciso intensificar os debates sobre as questões éticas que envolvem a prática da laqueadura, para isso se faz necessário maior reflexão, entendimento e desenvolvimento de tecnologias educacionais de orientação e aconselhamento, e que o acesso aos métodos sejam esgotados antes de uma decisão definitiva como a esterilização (VIEIRA, 2007).

2.3 GESTÃO EM SAÚDE

A Constituição, em seu artigo 196, conecta o direito à saúde ao desenvolvimento de políticas sociais e econômicas com a intenção de reduzir risco de doenças e outros agravos, (BRASIL, 1988), visando a prevenção e não se atendo apenas ao tratamento. Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, dispostos na Constituição Federal e na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, estabelecem que a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) seja fundamentada

na distribuição de competências entre a União, os estados e os municípios, com isso se faz necessário o correto gerenciamento dos serviços voltados à saúde.

O conceito contemporâneo de gestão em Saúde entende que administrar é dirigir uma organização (grupo de indivíduos, associados mediante uma entidade pública ou privada, com um objetivo comum), utilizando técnicas de gestão para que alcance seus objetivos de forma eficiente, eficaz e com responsabilidade social e ambiental, bem como avaliar as necessidades da instituição, gerenciando equipes, processos e programas, criando, aplicando e monitorando políticas, a fim de garantir o conforto e a segurança dos seus usuários (CARVALHO e BARBOSA, 2012).

No Brasil, os novos conceitos relativos à gestão e à gerência do sistema de saúde constam na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS. Tal instrumento normativo de assistência à saúde data de janeiro de 1996 e foi editado em 2001 e reeditado em janeiro de 2002, substituindo a então vigente NOB-SUS 96. O objetivo geral destas normas é o de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações de saúde em todos os níveis de atenção. Esta norma é de suma importância para o aumento da capacidade gerencial dos municípios e para a melhoria no acesso às ações de saúde, tornando-as mais descentralizadas, dando poder de decisão ao gestor e assim contribuindo para a expansão do SUS (CARVALHO e BARBOSA 2012; DAGNINO, 2014)..

Ao atribuir obrigações a cada gestão das unidades na organização dos sistemas municipais e microrregionais, proporcionou condições para alcançar objetivos e criar mecanismos para o fortalecimento da gestão de maneira a garantir a toda à população o pleno usufruto do direito à saúde, visto que assumir a gestão significa comprometendo-se com o comando do sistema, o que é de exclusiva competência do Poder Público (CARVALHO e BARBOSA 2012; DAGNINO, 2014).

Com a melhor estruturação do SUS, e maior relevância na oferta de serviços de saúde, utilizando o sistema de redes de serviços, onde a porta de entrada no sistema se daria por meio de um centro de saúde primário (Unidades Básicas de Saúde – UBS), tais centros de saúde, localizados em vilas ou bairros, estariam ligados a um centro de saúde mais complexo, já denominado secundário, e os casos que não pudessem ser resolvidos nesses centros seriam direcionados aos hospitais especialistas, hospitais de ensino em nível terciário (KUSCHBIR, 2014). Casos cirúrgicos são de responsabilidade do sistema secundário na rede de atenção a saúde podendo ser encaminhados a atenção terciária.

A constante procura pela realização de procedimentos cirúrgicos no Sistema Único de Saúde (SUS), tem se tornado significativamente maior que a capacidade ofertada. Com esse aumento é inevitável que haja a existência de filas em todos os setores de atendimento da saúde, especialmente para realização de cirurgias eletivas.

Para o gerenciamento deste processo é necessário que haja um controle das filas. Na maioria dos Hospitais do SUS o gerenciamento das filas de cirurgias eletivas é realizado manualmente por profissionais da área da saúde, através de planilhas, fichas ou agendas. Esta prática é passível de falhas, tanto com relação às informações dos pacientes quanto à gestão das filas, prejudicando o andamento de todo o processo. Outro aspecto importante, é que a demora na realização do procedimento pode levar ao agravamento do estado clínico do paciente. Na maioria dos casos se faz necessário a repetição de consultas e exames pré-operatórios, aumentando o custo para cada procedimento realizado na Instituição.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado observação na base de dados do serviço de gerenciamento de cirurgias da Unidade Materno Infantil do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de julho a dezembro do ano de 2018 o número de procedimentos cirúrgicos de laqueadura realizados com êxito no parto e fora do período do puerpério.

Também foram utilizadas informações sobre o gerenciamento de cirurgias no Hospital pesquisado, que podem ser fornecidas a qualquer interessado, sobre o número de pacientes que aguardam a realização de procedimentos.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 LAQUEDURA NA UNIDADE MATERNO INFANTIL DO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Esse trabalho de pesquisa surgiu do interesse particular da pesquisadora ao fazer parte do quadro técnico da Unidade Materno Infantil (UMI), Maternidade do Hospital de Clínicas, ao desempenhar sua atividade profissional na assistência da administração, onde pode se identificar como se dá o processo de procura pela esterilização voluntária por meio da laqueadura.

A paciente é encaminhada das unidades básicas dos municípios referenciados, para acompanhamento devido a problemas ginecológicos ou gestação de alto risco, a paciente que tem a indicação médica e apresenta o desejo de realizar a laqueadura como método contraceptivo, deve procurar os profissionais do Serviço Social da instituição, localizado no térreo da maternidade, mesmo local onde se encontram os ambulatorios de ginecologia e pré-natal, em posse do formulário de solicitação de laqueadura tubária, com o pronunciamento do médico que a acompanha descrevendo o quadro da requerente, e os motivos que respaldam a realização do procedimento, como por exemplo, idade, número de gestações, número de filhos vivos e doenças associadas.

O Serviço Social irá receber as informações sobre o processo e encaminhará a requerente para conversa com equipe psicológica para garantir os esclarecimentos de todas as dúvidas relacionadas à contracepção, sobre outros métodos disponíveis para o devido planejamento familiar, e assim dar prosseguimento a solicitação (MANIKA, 2013).

Segundo a normativa interna da instituição constantes no Procedimento Operacional Padrão- POP- 58 e 60 2013, sanadas todas as dúvidas e apresentado o método de laqueadura, a paciente que mantiver o desejo de realizar o procedimento deverá apresentar a documentação necessária, descritas na legislação e solicitadas pelo serviço como: termo de manifestação de vontade, questionário de anticoncepção cirúrgica, cópia de documentos pessoais, bem como termo de consentimento do cônjuge caso tenha um, para posteriormente dar início a sua solicitação.

Essa documentação será submetida ao aceite da Comissão de Ética do Departamento de Tocoginecologia do Hospital de Clínicas, tal comissão é composta

por três médicos/professores, responsáveis respectivamente pelos ambulatórios de reprodução Humana, Obstetrícia e Ginecologia, que devem avaliar se a paciente atende aos critérios legais e assim autorizar a realização da laqueadura.

Os documentos referentes ao pedido de laqueadura são anexados ao prontuário da paciente e será agendada uma consulta de retorno no ambulatório que originou a solicitação, seja o ambulatório de reprodução humana ou o de pré-natal, para informar da aprovação ou não e dar os próximos encaminhamentos para a inclusão da paciente em fila para cirúrgica de laqueadura (MANIKA, 2013).

4.2 FILA CIRÚRGICA

O método utilizado atualmente para gerenciamento de filas cirúrgicas, na maioria dos Hospitais vinculados ao SUS, é passível de falhas, tanto com relação às informações dos pacientes quanto à gestão das filas, prejudicando o andamento de todo o processo, pois é feito de forma manual, através de planilhas, fichas ou agendas.

Verificou-se que as pacientes são encaminhadas a Unidade Materno Infantil do Complexo Hospital de Clínicas, pela Unidade Básica de Saúde com código de transação do SUS, após efetuar seu cadastro e registro de consulta pela Central de Agendamentos do CHC, posteriormente a paciente passa pelo atendimento ambulatorial, e avaliação. O médico determina se o caso é cirúrgico ou clínico. Quando optado pela realização de procedimento cirúrgico, a paciente é encaminhada ao ambulatório Pré e Pós-Operatório para realização de exames e posterior avaliação pelo anestesista, e, após o retorno, é inserida em fila específica, neste caso, Laqueadura Tubária.

Nesta instituição, que atende gestantes de alto risco, a grande parte dos procedimentos de laqueadura é feita no ato da cesárea, a maioria das solicitações é feita no ambulatório de pré-natal. Caso a paciente não seja gestante a solicitação parte dos ambulatórios de ginecologia e reprodução humana, a paciente encaminhada será incluída em uma lista de espera e deverá aguardar o contato do setor responsável para internamento e realização de procedimento cirúrgico de laqueadura.

Também pode ocorrer que no momento do parto o procedimento deixe de ser realizado devido a alguma situação interna, neste caso na consulta de retorno pós-cirúrgico a paciente é incluída nesta mesma lista de espera, e fará o

procedimento respeitando a data de entrada em lista, sem nenhuma prioridade sobre demais pacientes.

Segundo as informações que constam do Procedimento Operacional Padrão POP de número 01 da UMI, que regra o gerenciamento do fluxo das filas de cirurgias eletivas do serviço de Ginecologia da Unidade, faz parte desta gestão o controle e organização do processo de inclusão em filas para realização de procedimento cirúrgico; exclusão da paciente em fila após realização do procedimento; monitoramento das Liberações Anestésicas – LA e sua validade; acompanhamento da paciente e solicitação de retorno para nova avaliação em caso de vencimento da Liberação Anestésica bem como o plano cirúrgico; monitoramento dos Avisos de Internação Hospitalar - AIHs e encaminhamento ao Serviço de Apoio Operacional - Regulação.

Devido a obras de reestruturação da Unidade Materno Infantil, no momento da pesquisa a maternidade contava com apenas duas salas cirúrgicas para atender a demanda de 16 procedimentos cirúrgicos como: Videolaparoscopia, Histeroscopia, Inserção de DIU, Miomectomia, Colporrafia, Ninfoplastia, Neovagina, Laparotomia Exploradora, Marsupialização, Mama, Laqueadura, Reversão de Laqueadura, Curetagem de Prova Uterina, Inserção de Tela de Sling, Histerectomia Vaginal, Histerectomia Abdominal. Estes procedimentos relacionados ao Cuidado da Mulher e que necessitam de gerenciamento de fila de espera (SOUZA e CECCON, 2018), dentre eles o de mama é o de maior prioridade por ter alta procura e necessidade de ser realizado dentro do prazo exigido pela legislação brasileira, segundo a lei 12.732 (BRASIL, 2012).

Para atender a demanda existente na instituição deve-se ater a dois fatores primordiais, o primeiro fator está relacionado à eficiência, com um melhor uso dos recursos, sejam eles financeiros ou humanos. Segundo Kuschnir (2014) se consideramos toda a infraestrutura necessária para manter um serviço cirúrgico em funcionamento, levando em consideração que se trata de uma estrutura fixa, que não varia com o aumento ou diminuição do número de procedimentos, é fácil identificar que manter uma sala cirúrgica é mais barato que manter duas. Consideradas sob as mesmas condições e mantidas todas as outras variáveis, o custo médio dos procedimentos utilizando mais salas cirúrgicas sempre demandar maiores recursos financeiros e humanos.

O segundo fator diz respeito à qualidade, para os serviços de maior complexidade, o maior volume da produção está relacionado à sua melhor

qualidade. Sob este ponto de vista, principalmente por tratar-se de um Hospital de ensino, em um serviço de cirurgia, que realiza um procedimento por semana, as dificuldades para manter a expertise dos seus profissionais e médicos residentes, são maiores do que em um Hospital que realiza cinco cirurgias por dia. Logo, para que um serviço possa se tornar um centro formador de recursos humanos, incumbência dos Hospitais de ensino, é necessária que exista uma produção mínima que permita o treinamento dos indivíduos (KUSCHBIR, 2014) devendo assim realizar periodicamente todos os procedimentos a que se propõem.

Podemos constatar que a procura e a solicitações de laqueadura continua existindo mesmo que a instituição não esteja atendendo a demanda de realizar esse tipo de cirurgia. Não cabe neste projeto interferir na estrutura física da instituição que atualmente não é adequada por não disponibilizar salas cirúrgicas apropriadas para atender a necessidade de todos os procedimentos cirúrgicos sob responsabilidade da Unidade. Outro fator que pode ser levantado é insuficiência de profissionais, fator muito questionável em diversas esferas do serviço público, incluído a área da saúde. A restrição para realização de horas extras é outro obstáculo para atender a necessidade do serviço.

4.3 DADOS DO SERVIÇO

Segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares SIH, nos seis últimos meses do ano de 2018 foram realizados 884 partos na UMI e realizados 192 procedimentos de laqueadura tubária durante a cesárea. Neste mesmo período foram realizadas apenas seis cirurgias de laqueadura em pacientes que aguardavam em fila cirúrgica, no total no ano de 2018 somente 33 pacientes que aguardavam em fila cirúrgica de laqueadura para a realização do procedimento.

Tal situação acontece devido à falta de local para realização das cirurgias e a priorização de realização de procedimentos de maior gravidade. No período analisando 76 pacientes atendiam aos critérios legais e tiveram sua solicitação de laqueadura aceita, sendo assim incluída em fila cirúrgica, o que indica que o serviço recebe em média 12,6 novas pacientes ao mês.

Com isso, mesmo que o procedimento de laqueadura seja simples, podendo ser realizado pela maioria dos ginecologistas/obstetras lotados na unidade, que são habilitados para isso, e exista o auxílio dos médicos residentes que atuam na unidade, visto que se trata de um Hospital de ensino, diante de fatores positivos que

deveriam alavancar os índices de procedimentos realizados, nos deparamos com outros fatores que vão contra esse pressuposto. Tendo em vista o escalonamento para utilização das salas cirúrgicas, desde setembro de 2018 não são realizadas laqueaduras em pacientes oriundas desta fila cirúrgica.

Segundo o serviço que gerência as filas cirúrgicas, tais filas são organizadas em planilhas, por procedimento e ordenadas pela data de inclusão da paciente em fila, que é feita por meio de preenchimento pelo médico de formulário específico e entregue no setor responsável. Até a data de 02 de janeiro de 2019, havia uma fila de 187 pacientes.

Foi observado na planilha do serviço de gerenciamento de cirurgias, que até 21 de dezembro de 2018, a paciente que aguardava há mais tempo em fila de laqueadura, deu entrada na referida fila cirúrgica em 08 de maio de 2017, isso indica que aguarda pelo menos um ano e sete meses, vale ressaltar que essas primeiras pacientes em filas foram contatadas para agendamento de seu procedimento mais a servidora responsável não obteve sucesso em suas tentativas de contato telefônico, informação essa contida nas observações da paciente. Das 187 requisitantes apenas 16 foram inseridas em fila no ano de 2017 as demais 171 foram incluídas em 2018, em média 14 novas pacientes mensalmente.

Com base nas informações disponíveis, tendo em vista que o corpo clínico tende a priorizar outros tipos de procedimentos cirúrgicos de maior gravidade, não é possível determinar o tempo médio de espera para realização da laqueadura.

5. PROPOSTA TÉCNICA: ESTRATÉGIAS

5.1 PROPOSTA

Após analisar a situação das solicitações de laqueadura na Unidade Materno Infantil do Hospital de Clínicas, com a intenção de diminuir o tempo de espera da paciente, e a fila cirúrgica deste procedimento. Sugerimos reunir-se com as chefias das Unidades pertinentes (Materno Infantil, Centro Cirúrgico Geral, Regulação Assistencial, Unidade Multiprofissional, etc.), para verificar o correto fluxo das solicitações de laqueadura e melhorias necessárias em cada serviço visando à efetividade no atendimento destes pedidos.

Após deliberar com os gestores, propor a realização de mutirões para realização de Ligadura de trompas via histeroscopia, Essure, que é o método menos invasivo tem recuperação mais rápida, neste caso a grande maioria das pacientes podem ser liberadas poucas horas após a realização procedimento, tal método tem obtido alta taxa de sucesso (REPES et al., 2016).

Sugere-se que o gerenciamento de filas cirúrgicas da unidade elabore, em parceria com os serviços envolvidos, metas periódicas e remeta relatórios de monitoramento mensais para as chefias acompanharem o encaminhamento dos procedimentos

5.1.1 Recursos

Segundo os profissionais da área médica cirúrgica, em um plantão de 12 horas, com duas salas cirúrgicas disponíveis, utilizando o método proposto, é possível a realização de pelo menos 20 procedimentos de laqueadura. Devido ao Centro Cirúrgico Geral do Hospital de Clínicas não ser utilizado aos finais de semana e no período noturno o Mutirão poderia ser realizado em finais de semana pré-definidos neste local. Após a aprovação do projeto, liberação e aprovação em todas as instâncias exigidas pela instituição.

Para realização de tal evento é necessário a mão de obra de um cirurgião de ginecologia, dois anestesistas, dois integrantes da equipe de enfermagem para atuar como circulantes em sala e, tendo em vista que o HC é um hospital escola, entre dois e quatro médicos residentes em ginecologia e obstetrícia para auxiliar no procedimento e instrumentação.

No Hospital de Clínicas é utilizado o chamado regime banco de horas, para contabilizar as horas trabalhadas a mais ou a menos que a carga horária obrigatória. O banco de horas é uma possibilidade admissível de compensar horas, sem o desconto em folha de pagamento, no caso de não cumprimento da carga horária mensal ou pagamento de horas extras em casos de horas excedentes.

A lei vigente a partir da Lei 9.601 de 1998 e reformulada na lei 13.467 de 2017 é uma maneira legal de dispor do trabalho do profissional sem onerar os cofres públicos, potencializando os escassos recursos existentes. Como existem profissionais com saldo banco de horas negativos, pode-se utilizar a mão de obra destes profissionais (cirurgião, equipe de enfermagem, anestesista) para realização do mutirão de laqueadura, divulgando previamente as datas e solicitando junto aos profissionais com saldo negativo, voluntários, para assim elaborar uma escala de pessoal para trabalhar nestes eventos.

5.1.2 Plano de implantação

O quadro a seguir apresenta plano de intervenção para diminuir fila cirúrgica de laqueadura tubária:

QUADRO 1. PLANO DE IMPLANTAÇÃO

	ETAPA	AÇÃO	ENVOLVIDOS	Prazo
1	Definição de plano de ação e elaboração de metas.	Reunião com gestores	Unidade Materno Infantil; Unidade Multiprofissional; Unidade de Regulação Assistencial; Centro Cirúrgico Geral;	26 de janeiro de 2019.
2	Definição de Datas	Através de deliberação com chefias das unidades envolvidas	Sábados (definir data de início com os gestores).	A partir de 09 de março de 2019.
3	Definição de tipo e local de internação	Hospital Dia, de acordo com a vaga disponível na UMI e na central de leitos do HC.	Central de leitos CHC	No agendamento do procedimento.
4	Escala de profissionais	Disponibilização de datas e solicitação de voluntários junto aos profissionais com saldo de banco de horas negativo.	Cirurgião ginecológico; equipe de enfermagem; anestesistas; médicos residentes;	Até 15 dias antes da data prevista do procedimento.
5	Agendamento consulta pré-operatório	Agendamento o sistema e contato telefônico para avisar a paciente.	Serviço de Gerenciamento de cirurgias em parceria com UBS.	Até 15 dias antes da data prevista do procedimento.

6	Consultas pré-operatório e agendamento de procedimento	Médico analisa resultados de exames solicitados, autoriza procedimento e informa data.	Médico Ginecologista da UMI.	15 dias antes da data do procedimento.
7	Realização de procedimento de laqueadura tubária	Inserção de dispositivos macios e flexíveis feitos de aço inoxidável nas tubas uterinas por meio de histeroscopia.	Equipe médica e de enfermagem	Semanalmente.
8	Monitoramento	Reunião com os envolvidos para possíveis melhorias/alterações e acompanhamento do serviço.	Unidade Materno Infantil; Unidade Multiprofissional; Unidade de Regulação Assistencial; Centro Cirúrgico Geral;	Mensalmente
9	Agendamento de Consulta pós-operatório	Paciente sai de alta com data de retorno para consulta agendada.	Secretária da internação	Data da alta da paciente.
10	Consulta de pós-operatório	Ambulatório de ginecologia e reprodução humana.	Médico Ginecologista da UMI.	30 dias após a realização do procedimento.
11	Monitoramento local	Monitoramento do tempo de espera em fila para avaliar necessidade de novos mutirões	Serviço de Gerenciamento de cirurgias.	Diariamente com formulação de relatórios mensais

FONTE: A Autora (2019)

5.1.3 Resultados esperados

Espera-se que com a realização de 10 mutirões, em um prazo de três meses, que se atenda as pacientes que aguardam na fila para a realização da laqueadura, diante disto, a fila cirúrgica pesquisada se estabilizaria de maneira a atender a demanda existente e respeitar a necessidade de cada paciente.

O gerenciamento de cirurgias foi considerado desatualizado, com déficits de profissionais e carências na estrutura física, problemas que afetam integralmente o fluxo e a oferta dos serviços ao qual a instituição se destina, necessitando de maior monitoramento com relatórios mensais expondo o número de pacientes que aguardam pelo procedimento garantindo assim maior transparência e avaliando a necessidade de novos mutirões ou outras ações que visem manter um fluxo de realização de procedimentos.

Aos gestores cabe estabelecer metas e buscar investimentos e parcerias para desenvolver novas tecnologias, e assim respeitar a população e oferecer um serviço real, eficiente e digno.

5.1.4 Riscos e problemas esperados

Uma parte das pacientes pode não estar apta a realizar o procedimento sugerido, essas pacientes deveram realizar a laqueadura tubária pelos métodos tradicionais, conforme apresentado na pesquisa recente, Essure é contraindicado em pacientes que apresentam infecção pélvica, anomalias uterinas ou tubárias, que sofreram ligadura tubária prévia ou tiveram gravidez a menos de 6 semanas, tal método não é indicados para mulheres que fazem uso de medicação imunossupressiva e os especialistas sugerem atenção quanto a realização de esterilização histeroscópica em pacientes com dor pélvica crônica (OSTHOFF et al., 2015).

Para atender essa parcela de pacientes é sugerido que a instituição realize a laqueadura por meio de laparoscopia, método mais indicado pelos médicos ginecologistas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto de intervenção atingiu o seu objetivo ao propor uma forma de diminuir a fila de espera da laqueadura tubária por meio de mutirões para a realização da esterilização com o método *Essere*, via histeroscopia, procedimento cirúrgico que visa auxiliar o planejamento familiar.

Foi sugerida à chefia da Unidade observada, a realização de mutirões de cirurgias de laqueadura, contando com a utilização dos serviços de servidores que tem saldo negativo no sistema de banco de horas utilizado no Hospital pesquisado, utilizando salas cirúrgicas das Unidades que não tem atendimento aos finais de semana, não comprometendo assim o fluxo de rotina do setor, neste caso Centro Cirúrgico Geral.

O estudo possibilitou recomendar investimento em melhorias no gerenciamento das cirurgias, maior monitoramento e elaboração metas, tal ação diminuirá o tempo de espera das pacientes que precisam da laqueadura, visto que a demora na realização da esterilização por meio da laqueadura pode gerar outros gastos ao SUS com o agravamento das condições clínicas da paciente devido a uma gravidez de risco e indesejada. Podemos constatar que a demora implica em grande frustração por parte da paciente que procura a serviço no SUS e não sabe o tempo que levará para ter sua solicitação atendida.

Com a realização de procedimentos em forma de mutirão a instituição poderá atender as pacientes que aguardam pela realização da esterilização, e assim, as pacientes que solicitarem a laqueadura a partir deste período teriam seu procedimento realizado dentro de prazos aceitáveis para assim garantir seu acesso ao método contraceptivo e os direitos reprodutivos da mulher.

REFERÊNCIAS

ABRAMO, L.; TODARO, R. **Questionando um mito: custos do trabalho de homens e mulheres**. Brasília, OIT, 2005. Apud PIOVESAN, F. Discriminação. In Fórum Internacional sobre Direitos Humanos e Direitos Sociais. Org. Tribunal Superior do Trabalho. São Paulo: 2004 p. 336.

ALENCAR, J. A.; ANDRADE, E. C. **A esterilização feminina no Brasil: diferenças sócio-econômicas, individuais e regionais**. Rio de Janeiro: UERJ: UFF, 1991. (Relatórios de pesquisa e desenvolvimento, 9). Disponível em: <https://www.rebep.org.br/revista/article/view/490>. Acesso em: 30 de outubro de 2018.

ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Sistema Essure - de 12 de julho de 2017. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/rss/-/asset_publisher/Zk4q6UQCj9Pn/content/sistema-essure-volta-a-ser-liberado Acesso em 02 de dezembro de 2018

BARROS, L. F. W.; ALVES, J. E. D.; CAVENAGHI, S. **Novos arranjos domiciliares: condições socioeconômicas dos casais de dupla renda e sem filhos** (DINC). In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 16., 2008, Caxambu. Anais... Caxambu: ABEP, 2008. Disponível em: http://www.abep.org.br/usuario/GerenciaNavegacao.php?caderno_id=504&nivel=1. Acesso em: 30 de outubro de 2018.

BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM). **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996: relatório da pesquisa**. Rio de Janeiro, 1997. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=pnds. Acesso em: 30 de outubro de 2018.

BERQUÓ E, CAVENAGHI SM. **Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária**. Caderno de Saúde Pública. 2003. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000800025&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 15 de dezembro de 2018.

BERQUÓ, E.; GARCIA, S.; LAGO, T. (Coord.) **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**: PNDS 2006. São Paulo: CEBRAP, 2008. Relatório final. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf. Acesso em: 02 de dezembro de 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde, 2006**. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>. Acesso em: 17 de outubro de 2018.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Planejamento Familiar Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria número 144** de 20 de novembro de 1997. Brasília:

Diário Oficial da União, 1997. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0048_11_02_1999.html
 Acesso em: 01 de dezembro de 2018.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 48, de 11 de fevereiro de 1999. **Recompõe os procedimentos de esterilização - Laqueadura e Vasectomia**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 fev. 1999. Disponível em:
http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/plan_f/SAS_P48_99plan_f.doc. Acesso em: 02 de dezembro de 2018.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 12.732** de 22 de novembro de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm. Acesso em: 14 de outubro de 2018.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 8.080** de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS.htm. Acesso em 14 de outubro de 2018.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 8.080** de 22 de novembro de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm. Acesso em: 14 de outubro de 2018.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 9.263** de 12 de janeiro de 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm. Acesso em: 14 de outubro de 2018.

BRUSCHINI, M. C. **Uma abordagem sociológica da família**. Revista Brasileira de Estudos de População, jan/jul. 1989. Disponível em:
<https://www.rebep.org.br/revista/article/view/562>. Acesso em 02 de dezembro de 2018.

CAETANO A J., **Esterilização cirúrgica feminina no Brasil, 2000 a 2006: aderência à lei de planejamento familiar e demanda frustrada**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v31n2/a05v31n2.pdf>. Acesso em 07 de fevereiro de 2019.

CARVALHO, A. I. de.; BARBOSA P.R. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS** / Antônio Ivo de Carvalho, Pedro Ribeiro Barbosa. – 2. ed. reimp. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2012.

DAGNINO, R.P. **Planejamento estratégico governamental**. 3. ed. rev. atual. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2014.

DATASUS - Indicadores e Dados Básicos – Brasil, 2012. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2011/matriz.htm#socio> Acesso em: 14 de outubro de 2018.

DEPES DB, LIPPI UG, LOPES RG. MARTINS JA, PEREIRA AM. **Experiência inicial com a oclusão tubária por via histeroscópica (Essure®)**,

São Paulo 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v14n2/pt_1679-4508-eins-14-2-0130.pdf Acesso em 07 de fevereiro de 2019.

DÍAZ, M.; DÍAZ, J. **Qualidade de atenção em saúde reprodutiva: Estratégias para mudanças**. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: Hucitec: Population Council, 1999. Disponível em http://www.reprolatina.institucional.ws/site/respositorio/materiais_apoio/textos_de_apoio/Qualidade_de_Atencao.pdf. Acesso em 15 de outubro de 2018.

HOSPSUS- **PROGRAMA DE APOIO E QUALIFICAÇÃO DE HOSPITAIS PÚBLICOS E FILANTRÓPICOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO PARANÁ**, 2012. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/HOSPSUS/MANUAL_HOSPSUScorrigido9022012.pdf Acesso em: 14 de outubro de 2018.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, **Censo demográfico, 2010**. Disponível <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 06 de outubro de 2018.

Indicadores Demográficos, DATASUS 2011. Disponível em: http://datasus.saude.gov.br/index.php?option=com_blankcomponent&view=default&Itemid=631. Acesso em: 14 de outubro de 2018.

JARDIM, R. T. **Esterilização feminina na ótica dos direitos reprodutivos, da ética e do controle de natalidade**. 2012. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/esteriliza%C3%A7%C3%A3o-feminina-na-%C3%B3tica-dos-direitos-reprodutivos-da-%C3%A9tica-e-do-controle-de-natalid>. Acesso em 01 de dezembro de 2018.

KUSCHNIR, R. C. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde** – 3. ed. rev. atual. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2014.

MANIKA, C. T. **Elaboração do Procedimento Operacional Padrão sobre Solicitações de Laqueadura Tubária** – Serviço Social da maternidade- Unidade Multiprofissional- Complexo Hospital de Clínicas – Universidade federal do Paraná. Curitiba, 2013.

MARCOLINO C. **Planejamento familiar e laqueadura tubária: análise do trabalho de uma equipe de saúde**. 2004. Disponível em <https://www.scielo.org/article/csp/2004.v20n3/771-779/>. Acesso em: 15 de outubro de 2018.

MEDEIROS, M.; OSÓRIO, R. **Arranjos domiciliares e arranjos nucleares no Brasil: classificação e evolução de 1977 a 1998**. Brasília: Desafios do Desenvolvimento, 2001. Disponível em: http://www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0788.pdf Acesso em 02 de dezembro 2018.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. **Competência profissional e assistência em anticoncepção**. Revista de Saúde Pública, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500015. Acesso em: 02 de dezembro e 2018

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M.; GALVÃO, M. T. G. **Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000400023&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 02 de dezembro e 2018.

OSTHOFF, L.; CRELIER, A.H.; FRANCO, F.M.; PRISTSIVELIS, C.; MONTENEGRO, C.A.B. 2015 **Esterilização histeroscópica ambulatorial pelo procedimento Essure: stent tubário**. FEMINA vol. 43, nº 1. Jan./fev. 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n1/a4845.pdf> Acesso 02 de dezembro de 2018.

OSIS, M. J. D. et al. **Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa**. Cadernos de Saúde Pública, [S.l.], v. 22, n. 11, p. 2481-2490, nov. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/23.pdf>. Acesso em: 01 de dezembro de 2018.

PROBTS R.E; RAMOS, P.A. **Evolução da Mulher no Mercado de Trabalho**. Instituto Catarinense de Pós-Graduação, Florianópolis, 2003.

QUADROS M.T.; SANTOS G.M.N.C. **Obstáculos para Esterilização Feminina Entre Mulheres do Bolsa Família**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n4/1678-4464-csp-33-04-e00152515.pdf>. Acesso em: 01 de dezembro de 2018.

SOUZA, S.C.; CECCON, M. L. **Elaboração do Procedimento Operacional Padrão sobre Gerenciamento de Cirurgias** – Serviço de Ginecologia- Unidade Materno Infantil- Complexo Hospital de Clínicas – Universidade federal do Paraná. Curitiba, 2018.

VIEIRA, E. M. **O arrependimento após a esterilização cirúrgica e o uso das tecnologias reprodutivas**, Ribeirão Preto. SP. 2007. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v14s1/1341.pdf. Acesso em: 01 de dezembro de 2018.

VIEIRA, E. M. **O arrependimento após a esterilização feminina**. Cadernos de Saúde Pública, [S.l.], v. 14, 1998. Suplemento 1. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1998000500015&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 01 de dezembro de 2018.